

**ANALISIS IMPLEMENTASI JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN)
BERBASIS ASPEK KEPESERTAAN, PELAYANAN, DAN TATA KELOLA
DAERAH DALAM MENDUKUNG UNIVERSAL HEALTH COVERAGE
BERKELANJUTAN DI KOTA BANJARBARU**

Ahyar Wahyudi

Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan

orange.kelabu@gmail.com

ABSTRAK

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan instrumen strategis pemerintah Indonesia dalam mewujudkan *Universal Health Coverage* (UHC) melalui perluasan akses pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan berkelanjutan. Seiring meningkatnya cakupan kepesertaan, tantangan implementasi JKN bergeser dari perluasan akses menuju penguatan tata kelola, keberlanjutan pembiayaan, dan efektivitas sistem pelayanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi JKN di Kota Banjarbaru berdasarkan aspek kepesertaan, pelayanan, tata kelola, pembiayaan, koordinasi, dan inovasi daerah sebagai dasar penyusunan rekomendasi kebijakan. Penelitian menggunakan pendekatan deskriptif-analitis dengan perspektif *policy analysis* terhadap hasil Instrumen Penilaian Kinerja Implementasi JKN yang diperkaya melalui telaah regulasi serta kajian literatur nasional dan internasional. Analisis dilakukan menggunakan kerangka implementasi kebijakan Sabatier dan Mazmanian serta konsep *Sustainable Health Financing* dan *Universal Health Coverage* dari World Health Organization (WHO). Hasil penelitian menunjukkan bahwa Kota Banjarbaru telah mencapai cakupan kepesertaan JKN sebesar 100,51% dengan tingkat keaktifan peserta 86,25%, disertai kualitas pelayanan, pengelolaan data, dan koordinasi lintas sektor yang relatif baik. Namun demikian, masih ditemukan tantangan berupa meningkatnya tekanan pembiayaan pemerintah daerah, belum optimalnya interoperabilitas data, terbatasnya inovasi dalam mempertahankan keaktifan peserta, serta belum adanya kepastian pembiayaan untuk beberapa jenis pelayanan kesehatan di luar manfaat JKN. Penelitian ini menyimpulkan bahwa keberlanjutan UHC memerlukan transformasi tata kelola yang berorientasi pada penguatan pembiayaan kesehatan, integrasi sistem informasi, inovasi pelayanan, dan kolaborasi lintas sektor guna mewujudkan perlindungan kesehatan yang efektif, inklusif, dan berkelanjutan.

Kata Kunci: *Jaminan Kesehatan Nasional; Universal Health Coverage; Tata Kelola Kesehatan; Pembiayaan Kesehatan Berkelanjutan.*

A. LATAR BELAKANG

Pembangunan kesehatan pada abad ke-21 tidak lagi diukur semata-mata dari banyaknya fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia ataupun besarnya anggaran kesehatan yang dialokasikan pemerintah. Paradigma kesehatan global telah bergeser menuju kemampuan suatu negara menjamin bahwa seluruh penduduk memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu tanpa mengalami kesulitan finansial ketika membutuhkan pelayanan tersebut. Konsep tersebut dikenal sebagai

Universal Health Coverage (UHC), yang sejak disahkan dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) menjadi salah satu indikator utama keberhasilan sistem kesehatan nasional (World Health Organization [WHO], 2023).

Indonesia mengimplementasikan konsep tersebut melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mulai berjalan pada tahun 2014 sebagai amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, kemudian diperkuat melalui Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan serta Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2022 mengenai Optimalisasi Pelaksanaan Program JKN. Selama lebih dari satu dekade implementasinya, JKN telah berkembang menjadi salah satu sistem asuransi sosial kesehatan terbesar di dunia dengan jumlah peserta lebih dari 280 juta jiwa yang tersebar di seluruh wilayah Indonesia (WHO Indonesia, 2026).

Meskipun demikian, berbagai penelitian menunjukkan bahwa keberhasilan JKN tidak dapat diukur hanya berdasarkan tingginya cakupan kepesertaan (*coverage*). Cakupan administrasi yang tinggi belum tentu mencerminkan perlindungan kesehatan yang efektif apabila masih terdapat peserta yang tidak aktif, ketimpangan akses pelayanan kesehatan, rendahnya kualitas pelayanan, lemahnya tata kelola data, maupun keberlanjutan pembiayaan yang belum terjamin (Susilo et al., 2025). Dengan kata lain, keberhasilan UHC bukan sekadar persoalan berapa banyak masyarakat yang telah terdaftar, melainkan sejauh mana masyarakat benar-benar terlindungi ketika membutuhkan pelayanan kesehatan.

Perspektif tersebut sejalan dengan laporan Indonesia Health Accounts 2024 yang dipublikasikan WHO Indonesia pada tahun 2026. Laporan tersebut menunjukkan bahwa pengeluaran kesehatan nasional Indonesia telah mencapai sekitar Rp639,9 triliun atau sekitar 2,9% dari Produk Domestik Bruto (PDB), dengan pembiayaan publik menyumbang lebih dari separuh total pengeluaran kesehatan nasional. Di sisi lain, WHO menekankan bahwa peningkatan pembiayaan saja tidak cukup. Keberhasilan UHC bergantung pada kemampuan pemerintah menghasilkan bukti (*evidence*) yang kuat mengenai bagaimana sumber daya kesehatan dihimpun, dialokasikan, dan dimanfaatkan secara efisien melalui sistem *National Health Accounts* (NHA). Oleh karena itu, penguatan tata kelola, interoperabilitas data, efisiensi pembiayaan, serta penguatan pelayanan primer menjadi prasyarat penting dalam menjaga keberlanjutan sistem JKN (WHO Indonesia, 2026).

Pandangan tersebut diperkuat oleh Melikoglu dan Arslan (2026) dalam penelitian mengenai pembiayaan kesehatan berkelanjutan di Türkiye. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa pertumbuhan ekonomi merupakan determinan utama kapasitas pembiayaan kesehatan suatu negara. Namun demikian, besarnya investasi kesehatan tetap harus diikuti dengan tata kelola yang efektif agar setiap peningkatan belanja kesehatan benar-benar menghasilkan peningkatan akses dan mutu pelayanan. Dengan menggunakan model proyeksi berbasis Produk Domestik Bruto (PDB), penelitian tersebut menunjukkan bahwa keberlanjutan pembiayaan kesehatan tidak hanya ditentukan oleh besarnya anggaran, tetapi juga oleh efektivitas implementasi kebijakan serta kemampuan pemerintah mengalokasikan sumber daya secara strategis. Perspektif ini sangat relevan bagi Indonesia yang saat

ini menghadapi tantangan menjaga keseimbangan antara ekspansi kepesertaan JKN dengan keberlanjutan fiskal pemerintah pusat maupun pemerintah daerah.

Dalam implementasi kebijakan publik, Sabatier dan Mazmanian (1981) menjelaskan bahwa keberhasilan implementasi suatu kebijakan dipengaruhi oleh tiga kelompok variabel utama, yaitu karakteristik masalah yang akan diselesaikan (*tractability of the problem*), kemampuan regulasi dan kelembagaan dalam mengarahkan implementasi (*ability of statute to structure implementation*), serta faktor sosial, ekonomi, dan politik yang berkembang selama proses implementasi (*non-statutory variables affecting implementation*). Ketiga aspek tersebut sangat relevan dalam mengevaluasi implementasi JKN, karena keberhasilan program tidak hanya bergantung pada regulasi nasional, tetapi juga dipengaruhi oleh kapasitas pemerintah daerah, koordinasi lintas sektor, keberlanjutan pembiayaan, kesiapan fasilitas kesehatan, kualitas data kepesertaan, hingga perilaku masyarakat dalam mempertahankan keaktifan kepesertaan.

Berbagai kajian sistematis juga menunjukkan bahwa rendahnya keaktifan peserta JKN merupakan fenomena yang bersifat multidimensional. Muhlis (2022), melalui telaah sistematis terhadap berbagai penelitian mengenai kepesertaan JKN di Indonesia, mengidentifikasi sedikitnya dua belas determinan yang memengaruhi keberhasilan implementasi kepesertaan. Faktor-faktor tersebut meliputi kondisi sosial ekonomi, tingkat pendidikan, lokasi tempat tinggal, literasi mengenai asuransi kesehatan, kualitas pelayanan kesehatan, kemudahan prosedur administrasi, validitas data kepesertaan, hingga persepsi masyarakat terhadap manfaat program JKN. Temuan tersebut menunjukkan bahwa peningkatan cakupan kepesertaan saja tidak cukup apabila tidak diikuti dengan strategi mempertahankan keaktifan peserta secara berkelanjutan.

Instrumen Penilaian Kinerja Implementasi JKN yang digunakan dalam kegiatan ini merupakan salah satu bentuk evaluasi implementasi kebijakan kesehatan di tingkat daerah yang mencakup enam dimensi utama, yaitu kepesertaan, pelayanan kesehatan, pengelolaan data, pembiayaan, koordinasi lintas sektor, dan inovasi daerah. Keenam dimensi tersebut sesungguhnya merepresentasikan sebagian besar komponen dalam WHO *Health System Building Blocks*, yakni pembiayaan kesehatan, tata kelola, sistem informasi kesehatan, pelayanan kesehatan, serta kepemimpinan. Oleh karena itu, analisis terhadap hasil instrumen tidak hanya menghasilkan gambaran administratif mengenai kondisi implementasi JKN di daerah, tetapi juga memberikan informasi strategis mengenai kesiapan sistem kesehatan daerah dalam mendukung tercapainya UHC yang berkelanjutan.

Hasil pengisian instrumen oleh Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru memperlihatkan gambaran yang menarik. Di satu sisi, cakupan kepesertaan JKN telah melampaui 100 persen dengan tingkat keaktifan peserta mencapai lebih dari 86 persen. Kondisi tersebut menunjukkan komitmen pemerintah daerah dalam memperluas perlindungan kesehatan masyarakat. Namun di sisi lain, masih ditemukan berbagai tantangan struktural, antara lain meningkatnya beban pembiayaan daerah untuk mempertahankan UHC, belum optimalnya regulasi mengenai pembiayaan pelayanan kesehatan yang tidak ditanggung BPJS Kesehatan, belum optimalnya inovasi daerah dalam mempertahankan keaktifan

peserta, serta perlunya penguatan koordinasi lintas sektor dan integrasi data. Temuan ini mengindikasikan bahwa tantangan implementasi JKN pada tahap saat ini telah bergeser dari perluasan kepesertaan menuju keberlanjutan sistem (*system sustainability*).

Dengan demikian, laporan ini tidak dimaksudkan sekadar mendokumentasikan hasil pengisian instrumen penilaian implementasi JKN, melainkan menganalisis secara kritis bagaimana hubungan antara kepesertaan, kualitas pelayanan, tata kelola, pembiayaan, dan inovasi daerah dalam membangun sistem JKN yang adaptif, inklusif, dan berkelanjutan. Pendekatan tersebut diharapkan mampu menghasilkan rekomendasi kebijakan yang tidak hanya relevan bagi Kota Banjarbaru, tetapi juga memberikan pembelajaran bagi pemerintah daerah lain dalam memperkuat implementasi JKN menuju *Universal Health Coverage* yang berorientasi pada keberlanjutan sistem kesehatan nasional.

B. METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif-analitis dengan perspektif policy analysis, yaitu menganalisis implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berdasarkan hasil pengisian Instrumen Penilaian Kinerja Implementasi JKN pada tingkat pemerintah daerah. Pendekatan ini dipilih karena tujuan utama kajian bukan untuk menguji hubungan sebab akibat, melainkan mengevaluasi sejauh mana implementasi kebijakan telah berjalan sesuai dengan prinsip *Universal Health Coverage* (UHC), tata kelola kesehatan, dan pembiayaan kesehatan berkelanjutan.

Sumber data utama berasal dari hasil pengisian Instrumen Penilaian Kinerja Implementasi JKN Berbasis Aspek Kepesertaan, Pelayanan, dan Tata Kelola Daerah yang disusun oleh Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru. Instrumen tersebut mengevaluasi enam dimensi utama implementasi JKN, yaitu kepesertaan, pelayanan kesehatan, pengelolaan data dan pelaporan, pembiayaan, koordinasi lintas sektor, serta inovasi daerah. Keenam dimensi tersebut dipandang mewakili komponen penting dalam sistem kesehatan nasional dan selaras dengan kerangka WHO *Health System Building Blocks*, yang menempatkan pembiayaan kesehatan, pelayanan kesehatan, sistem informasi kesehatan, kepemimpinan, tata kelola, serta akses terhadap pelayanan sebagai komponen fundamental dalam mencapai sistem kesehatan yang tangguh (World Health Organization [WHO], 2023).

Analisis dilakukan melalui teknik content analysis terhadap jawaban responden, kemudian dibandingkan dengan berbagai regulasi nasional, bukti empiris, serta teori implementasi kebijakan. Sebagai kerangka konseptual utama digunakan teori implementasi kebijakan Sabatier dan Mazmanian (1981) yang menjelaskan bahwa keberhasilan implementasi suatu kebijakan dipengaruhi oleh tiga kelompok variabel utama, yaitu tingkat kompleksitas masalah (*tractability of the problem*), kemampuan regulasi dan kelembagaan dalam mengarahkan implementasi (*ability of statute to structure implementation*), serta pengaruh lingkungan sosial, ekonomi, dan politik terhadap pelaksanaan kebijakan (*non-statutory variables affecting implementation*). Kerangka ini dipandang relevan karena implementasi JKN merupakan kebijakan publik yang melibatkan

pemerintah pusat, pemerintah daerah, BPJS Kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, serta masyarakat sebagai penerima manfaat.

Selain menggunakan teori implementasi kebijakan, pembahasan juga mengacu pada konsep *Sustainable Health Financing*, yaitu kemampuan suatu negara mempertahankan pembiayaan kesehatan secara berkelanjutan tanpa mengurangi akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu (Kutzin et al., 2017; Melikoglu & Arslan, 2026). Perspektif tersebut menjadi penting mengingat keberhasilan JKN saat ini tidak lagi hanya ditentukan oleh peningkatan jumlah peserta, tetapi juga oleh kemampuan sistem kesehatan menjaga kesinambungan pembiayaan, efisiensi penggunaan sumber daya, serta kualitas pelayanan kesehatan.

Guna memperkuat interpretasi hasil, temuan instrumen dibandingkan dengan berbagai literatur nasional dan internasional mengenai implementasi JKN, National Health Accounts (NHA), *Universal Health Coverage*, serta laporan WHO Indonesia mengenai pembiayaan kesehatan nasional tahun 2024. Pendekatan triangulasi literatur ini bertujuan meningkatkan validitas interpretasi sehingga rekomendasi yang dihasilkan tidak hanya bersifat administratif, tetapi juga memiliki dasar ilmiah dan implikasi kebijakan yang kuat.

C. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Kepesertaan JKN

Hasil pengisian instrumen menunjukkan bahwa Kota Banjarbaru telah mencapai cakupan kepesertaan JKN sebesar 100,51% dengan persentase peserta aktif sebesar 86,25%. Secara administratif, capaian tersebut telah memenuhi indikator Universal Health Coverage (UHC) Prioritas yang ditetapkan pemerintah, yaitu cakupan kepesertaan minimal 98% dengan tingkat keaktifan peserta di atas 80%. Kondisi ini mencerminkan komitmen pemerintah daerah dalam memperluas akses masyarakat terhadap perlindungan kesehatan melalui JKN.

Namun demikian, apabila dianalisis secara lebih mendalam, indikator tersebut belum sepenuhnya menggambarkan efektivitas perlindungan kesehatan masyarakat. Tingginya angka kepesertaan lebih merefleksikan keberhasilan proses registrasi administrasi daripada jaminan bahwa seluruh peserta benar-benar memperoleh manfaat layanan kesehatan ketika dibutuhkan. Fenomena ini sejalan dengan konsep *effective coverage*, yaitu bahwa cakupan pelayanan kesehatan tidak hanya diukur dari jumlah peserta yang terdaftar, tetapi juga dari kemampuan sistem memberikan pelayanan yang bermutu, tepat waktu, dan tanpa hambatan finansial (WHO, 2023).

Keberadaan 13,75% peserta yang tidak aktif menunjukkan masih adanya kelompok masyarakat yang secara administratif tercatat sebagai peserta JKN, namun tidak memiliki perlindungan efektif pada saat membutuhkan pelayanan kesehatan. Situasi tersebut berpotensi menimbulkan fenomena *hidden exclusion*, yaitu masyarakat yang tampak telah terlindungi dalam statistik nasional tetapi secara substantif tetap mengalami hambatan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Susilo et al. (2025) menegaskan bahwa keberhasilan UHC harus diukur berdasarkan perlindungan kesehatan yang nyata (*effective financial protection*), bukan semata-mata berdasarkan besarnya cakupan administrasi.

Fenomena ini semakin relevan apabila dikaitkan dengan hasil telaah sistematis Muhlis (2022), yang menemukan bahwa rendahnya keaktifan peserta dipengaruhi oleh berbagai determinan, antara lain ketidakstabilan pendapatan, rendahnya literasi mengenai asuransi kesehatan, persepsi terhadap mutu pelayanan, kompleksitas administrasi, serta kurangnya pemahaman masyarakat mengenai kewajiban pembayaran iuran. Oleh karena itu, strategi peningkatan kepesertaan tidak dapat lagi berfokus pada pendaftaran peserta baru, melainkan harus bergeser menuju strategi mempertahankan keberlangsungan keaktifan peserta (*retention strategy*).

Apabila dianalisis menggunakan teori Sabatier dan Mazmanian (1981), kondisi tersebut menunjukkan bahwa implementasi kebijakan JKN mulai memasuki fase kompleks. Permasalahan yang dihadapi tidak lagi sebatas penyediaan regulasi, melainkan berkaitan dengan perubahan perilaku masyarakat, kemampuan pemerintah daerah membangun sistem monitoring kepesertaan, serta efektivitas koordinasi antara BPJS Kesehatan, pemerintah daerah, dan fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan demikian, tantangan implementasi telah bergeser dari aspek *policy adoption* menuju *policy sustainability*, di mana keberhasilan ditentukan oleh kemampuan mempertahankan manfaat kebijakan dalam jangka panjang.

Lebih jauh lagi, kondisi ini memperlihatkan bahwa indikator UHC tidak dapat dipahami secara sempit sebagai target numerik. Tingginya angka kepesertaan memang penting sebagai indikator akses, tetapi tanpa keaktifan peserta dan kualitas pelayanan yang memadai, angka tersebut berpotensi menjadi indikator administratif yang tidak sepenuhnya mencerminkan kondisi perlindungan kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, evaluasi implementasi JKN pada masa mendatang perlu mengembangkan indikator yang lebih komprehensif, seperti tingkat utilisasi pelayanan, kontinuitas kepesertaan, perlindungan finansial, serta kepuasan peserta terhadap pelayanan kesehatan.

Pelayanan Kesehatan

Dari aspek pelayanan, hasil instrumen menunjukkan bahwa kesesuaian pelayanan dengan standar dinilai baik, efektivitas sistem rujukan juga berada pada kategori baik, sedangkan waktu tunggu dan ketersediaan obat masih berada pada kategori cukup. Temuan ini menunjukkan bahwa sistem pelayanan JKN di Kota Banjarbaru telah mampu menjalankan fungsi dasarnya dalam menyediakan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat, namun kualitas pelayanan belum sepenuhnya optimal.

Dalam perspektif WHO Health System Building Blocks, akses pelayanan kesehatan tidak hanya ditentukan oleh tersedianya fasilitas kesehatan, tetapi juga oleh kemampuan sistem menyediakan pelayanan yang aman, bermutu, responsif, serta berorientasi pada kebutuhan masyarakat. Ketersediaan tenaga kesehatan, obat-obatan, sistem rujukan, serta efisiensi waktu pelayanan merupakan komponen yang saling berkaitan dalam membentuk kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan (WHO, 2023).

Temuan mengenai waktu tunggu yang masih berada pada kategori cukup menunjukkan bahwa peningkatan cakupan kepesertaan telah diikuti oleh

meningkatnya utilisasi pelayanan kesehatan. Fenomena ini sebenarnya merupakan konsekuensi logis dari keberhasilan implementasi JKN. Ketika hambatan finansial berkurang, permintaan terhadap pelayanan kesehatan meningkat secara signifikan. Namun apabila peningkatan kapasitas fasilitas kesehatan tidak berjalan seiring dengan peningkatan jumlah peserta, maka akan muncul tekanan terhadap sistem pelayanan berupa antrean yang lebih panjang, beban kerja tenaga kesehatan yang meningkat, serta potensi penurunan mutu pelayanan.

Di sisi lain, ketersediaan obat yang masih dikategorikan cukup menunjukkan bahwa keberhasilan pembiayaan kesehatan belum sepenuhnya diikuti oleh optimalisasi rantai pasok farmasi. Padahal, keberlanjutan pelayanan sangat dipengaruhi oleh kemampuan sistem menjamin ketersediaan obat esensial secara tepat waktu. Berbagai studi implementasi JKN di Indonesia menunjukkan bahwa keterbatasan obat masih menjadi salah satu faktor yang memengaruhi persepsi masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan, meskipun akses terhadap pelayanan telah meningkat secara signifikan.

Dari perspektif implementasi kebijakan, kondisi ini mengindikasikan bahwa keberhasilan regulasi belum sepenuhnya diterjemahkan menjadi peningkatan kapasitas pelayanan di tingkat operasional. Sabatier dan Mazmanian menekankan bahwa keberhasilan implementasi tidak hanya bergantung pada kejelasan tujuan kebijakan, tetapi juga pada kecukupan sumber daya, kapasitas organisasi pelaksana, serta koordinasi antaraktor yang terlibat. Oleh karena itu, peningkatan mutu pelayanan JKN tidak dapat hanya mengandalkan perluasan kepesertaan, tetapi harus diikuti dengan investasi pada sumber daya manusia kesehatan, sistem logistik farmasi, transformasi digital pelayanan, serta penguatan pelayanan kesehatan primer sebagai pintu masuk utama sistem JKN.

Pengelolaan Data dan Pelaporan

Salah satu dimensi yang sering luput dari perhatian dalam evaluasi implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah kualitas tata kelola data. Padahal, keberhasilan Universal Health Coverage (UHC) tidak hanya ditentukan oleh jumlah peserta maupun besarnya pembiayaan kesehatan, tetapi juga oleh kemampuan pemerintah menghasilkan data yang akurat, terintegrasi, tepat waktu, dan dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan (*evidence-informed policy*). World Health Organization (WHO) melalui *System of Health Accounts* (SHA 2011) menempatkan sistem informasi kesehatan sebagai komponen utama dalam mendukung pembiayaan kesehatan yang efisien dan akuntabel (WHO Indonesia, 2026).

Hasil instrumen menunjukkan bahwa Kota Banjarbaru telah melaksanakan pemutakhiran data secara berkala (real-time), pelaporan dinilai baik, serta proses validasi data juga telah berjalan dengan baik. Hal ini menunjukkan adanya komitmen pemerintah daerah dalam menjaga kualitas data kepesertaan JKN. Namun demikian, integrasi data dengan Direktorat Jenderal Kependudukan dan Pencatatan Sipil (Dukcapil) masih berada pada kategori terintegrasi sebagian. Kondisi tersebut mengindikasikan bahwa proses pertukaran data antarinstansi belum sepenuhnya berlangsung secara otomatis dan berkesinambungan.

Secara administratif, kondisi tersebut mungkin belum menimbulkan dampak yang signifikan. Akan tetapi, dalam perspektif tata kelola kesehatan modern, keterbatasan interoperabilitas data merupakan salah satu faktor yang dapat menghambat efektivitas implementasi kebijakan. WHO (2026) menegaskan bahwa *National Health Accounts* tidak hanya berfungsi sebagai laporan statistik pengeluaran kesehatan, tetapi juga menjadi instrumen utama dalam merencanakan pembiayaan kesehatan, memonitor efisiensi penggunaan sumber daya, serta mengevaluasi pencapaian *Universal Health Coverage*. Dengan demikian, kualitas data menjadi determinan penting dalam keberhasilan sistem kesehatan nasional.

Fenomena tersebut juga berkaitan dengan konsep data governance. Aisyah et al. (2025) menjelaskan bahwa pemanfaatan sistem informasi kesehatan di Indonesia masih menghadapi tantangan berupa fragmentasi aplikasi, rendahnya interoperabilitas antarinstansi, serta belum optimalnya pemanfaatan data sebagai dasar penyusunan kebijakan. Kondisi ini menyebabkan proses validasi kepesertaan, identifikasi peserta nonaktif, maupun penetapan sasaran bantuan iuran masih memerlukan verifikasi manual yang relatif memakan waktu.

Dalam perspektif teori implementasi Sabatier dan Mazmanian (1981), permasalahan ini termasuk dalam aspek *institutional capacity*, yaitu kemampuan organisasi pelaksana membangun mekanisme implementasi yang efektif. Regulasi yang baik tidak akan menghasilkan implementasi optimal apabila tidak didukung oleh sistem informasi yang mampu menyediakan data akurat secara cepat. Oleh karena itu, tantangan implementasi JKN pada masa depan bukan lagi sekadar meningkatkan jumlah aplikasi digital, melainkan menciptakan ekosistem data kesehatan yang saling terhubung (*interoperable digital ecosystem*).

Lebih jauh lagi, perkembangan transformasi digital kesehatan melalui platform SatuSehat memberikan peluang besar untuk mengintegrasikan data kepesertaan JKN, data pelayanan kesehatan, data kependudukan, hingga data pembiayaan kesehatan ke dalam satu sistem yang saling terkoneksi. Apabila interoperabilitas tersebut dapat diwujudkan, pemerintah daerah akan memiliki kemampuan melakukan pemantauan kepesertaan secara lebih presisi, mengidentifikasi peserta berisiko nonaktif lebih dini, serta merancang intervensi kebijakan berbasis bukti (*predictive governance*). Dengan demikian, investasi pada sistem informasi kesehatan sesungguhnya merupakan investasi strategis dalam menjaga keberlanjutan implementasi JKN.

Pembiayaan JKN

Aspek pembiayaan merupakan isu paling strategis yang muncul dalam hasil instrumen. Meskipun ketersediaan anggaran Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dinyatakan tersedia, responden menilai bahwa kecukupan anggaran masih berada pada kategori tidak baik. Temuan tersebut menunjukkan adanya tekanan fiskal yang semakin besar terhadap pemerintah daerah dalam mempertahankan cakupan *Universal Health Coverage*.

Permasalahan ini tidak hanya dialami oleh Kota Banjarbaru, tetapi juga menjadi fenomena nasional. WHO Indonesia (2026) melaporkan bahwa pembiayaan publik masih menjadi tulang punggung sistem kesehatan Indonesia

dengan kontribusi mencapai 58,5% dari total pengeluaran kesehatan nasional. Namun demikian, peningkatan jumlah peserta JKN setiap tahun secara otomatis meningkatkan kebutuhan pembiayaan, sementara kemampuan fiskal pemerintah daerah tidak selalu bertambah secara proporsional.

Hasil instrumen menunjukkan bahwa salah satu permasalahan utama adalah meningkatnya beban APBD untuk mempertahankan cakupan kepesertaan di atas 98 persen sekaligus menjaga tingkat keaktifan peserta lebih dari 85 persen. Fenomena ini mencerminkan adanya *trade-off* antara perluasan perlindungan kesehatan dengan kapasitas fiskal pemerintah daerah. Dalam perspektif ekonomi kesehatan, kondisi tersebut merupakan konsekuensi logis dari sistem pembiayaan berbasis solidaritas sosial (*social health insurance*), di mana pemerintah bertanggung jawab menjamin kelompok masyarakat yang tidak mampu membayar iuran secara mandiri.

Penelitian Melikoglu dan Arslan (2026) memberikan perspektif yang menarik mengenai keberlanjutan pembiayaan kesehatan. Melalui model proyeksi berbasis Produk Domestik Bruto (GDP), penelitian tersebut menunjukkan bahwa peningkatan belanja kesehatan harus selalu mempertimbangkan kapasitas ekonomi suatu negara. Negara yang mampu mempertahankan keseimbangan antara pertumbuhan ekonomi dan investasi kesehatan cenderung memiliki sistem pembiayaan yang lebih berkelanjutan. Sebaliknya, peningkatan belanja kesehatan tanpa diimbangi strategi efisiensi berpotensi menciptakan tekanan fiskal jangka panjang.

Di Indonesia, tantangan tersebut diperberat oleh masih tingginya proporsi peserta mandiri yang menjadi nonaktif. Ketika peserta mandiri berhenti membayar iuran, pemerintah daerah sering kali harus mengambil alih pembiayaan melalui skema PBI APBD agar target UHC tetap terjaga. Akibatnya, fungsi APBD bergeser dari instrumen pembangunan kesehatan menjadi instrumen penyelamatan keberlangsungan kepesertaan JKN. Kondisi ini menimbulkan pertanyaan mendasar mengenai keberlanjutan model pembiayaan yang saat ini diterapkan.

Lebih lanjut, instrumen juga mengidentifikasi adanya kekosongan regulasi mengenai pembiayaan pelayanan kesehatan yang tidak ditanggung BPJS Kesehatan, seperti pelayanan akibat penyalahgunaan narkotika, alkohol, korban perdagangan orang, kekerasan seksual, maupun beberapa jenis kecelakaan tertentu. Kekosongan kebijakan tersebut berpotensi menciptakan ketidakpastian pembiayaan, baik bagi fasilitas pelayanan kesehatan maupun pemerintah daerah. Dalam perspektif health financing, kondisi tersebut dikenal sebagai coverage gap, yaitu adanya kebutuhan pelayanan kesehatan yang belum memiliki mekanisme pembiayaan yang jelas meskipun masyarakat secara administratif telah menjadi peserta JKN.

Analisis ini menunjukkan bahwa keberlanjutan JKN tidak dapat hanya bertumpu pada peningkatan anggaran. Sebaliknya, diperlukan reformasi pembiayaan yang mencakup penguatan strategic purchasing, efisiensi pelayanan kesehatan primer, optimalisasi sistem pembayaran berbasis kinerja, serta pengembangan kebijakan yang mendorong peserta mandiri tetap aktif secara berkelanjutan. Dengan demikian, fokus pembiayaan harus bergeser dari sekadar membayar pelayanan kesehatan menjadi membeli hasil kesehatan (*purchasing*

health outcomes) sebagaimana direkomendasikan oleh Kutzin, Yip, dan Cashin (2017).

Koordinasi Lintas Sektor

Instrumen menunjukkan bahwa koordinasi antara pemerintah daerah dan BPJS Kesehatan telah berjalan dengan baik. Namun demikian, forum koordinasi hanya dilaksanakan 1–2 kali dalam satu tahun. Dari perspektif administrasi pemerintahan, kondisi tersebut mungkin dianggap cukup. Akan tetapi, apabila dikaitkan dengan kompleksitas implementasi JKN, frekuensi tersebut relatif belum memadai.

Sabatier dan Mazmanian (1981) menegaskan bahwa implementasi kebijakan publik yang melibatkan banyak aktor memerlukan koordinasi yang berkesinambungan, jalur komunikasi yang jelas, serta mekanisme akuntabilitas yang kuat. JKN merupakan kebijakan multisektor yang melibatkan pemerintah pusat, pemerintah daerah, BPJS Kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, Dinas Sosial, Dukcapil, hingga aparat penegak hukum. Oleh karena itu, koordinasi yang hanya bersifat periodik berpotensi menyebabkan keterlambatan penyelesaian berbagai persoalan operasional.

Temuan instrumen mengenai kesulitan memperoleh Laporan Polisi (LP) sebagai syarat pembiayaan pada kasus kecelakaan lalu lintas merupakan contoh nyata bagaimana lemahnya harmonisasi antarinstansi dapat memengaruhi akses pelayanan kesehatan masyarakat. Secara administratif, syarat tersebut mungkin diperlukan untuk memastikan kepastian hukum. Namun dari perspektif pelayanan kesehatan, proses tersebut dapat menghambat akses masyarakat terhadap perlindungan finansial pada saat membutuhkan pelayanan segera.

Oleh karena itu, penguatan implementasi JKN memerlukan perubahan paradigma koordinasi dari forum koordinasi administratif menjadi *collaborative governance*, yaitu mekanisme kolaborasi lintas sektor yang berlangsung secara berkelanjutan, berbasis data, dan berorientasi pada penyelesaian masalah. Model ini memungkinkan seluruh pemangku kepentingan tidak hanya berbagi informasi, tetapi juga bersama-sama merumuskan solusi terhadap berbagai tantangan implementasi JKN di tingkat daerah.

Inovasi Daerah

Salah satu temuan yang paling menarik dari hasil pengisian instrumen adalah belum adanya inovasi daerah yang secara khusus diarahkan untuk mempertahankan keaktifan peserta JKN maupun memperkuat implementasi Universal Health Coverage (UHC). Seluruh indikator pada domain inovasi menunjukkan bahwa pemerintah daerah belum memiliki program unggulan, strategi khusus penurunan peserta nonaktif, maupun model pelayanan inovatif yang dapat memperkuat keberlanjutan sistem JKN.

Temuan tersebut sesungguhnya menggambarkan perubahan tantangan pembangunan kesehatan di Indonesia. Pada fase awal implementasi JKN, keberhasilan lebih banyak ditentukan oleh kemampuan pemerintah memperluas kepesertaan dan meningkatkan akses pelayanan kesehatan. Namun setelah cakupan kepesertaan mencapai lebih dari 98%, tantangan tersebut bergeser menjadi

bagaimana mempertahankan keberlanjutan sistem. Dengan kata lain, persoalan utama tidak lagi berada pada tahap coverage expansion, melainkan memasuki fase *coverage sustainability*.

Literatur mengenai implementasi JKN menunjukkan bahwa inovasi merupakan salah satu determinan keberhasilan kebijakan kesehatan pada fase maturitas program. Situmorang et al. (2025) menjelaskan bahwa inovasi pelayanan kesehatan, digitalisasi pelayanan, integrasi sistem informasi, telemedicine, serta kolaborasi lintas sektor menjadi strategi penting dalam menjaga efektivitas implementasi JKN. Sebaliknya, daerah yang hanya mempertahankan pola administrasi konvensional berpotensi mengalami stagnasi sehingga sulit menjawab dinamika perubahan sosial maupun ekonomi masyarakat.

Ketiadaan inovasi juga menunjukkan bahwa implementasi JKN di daerah masih cenderung bersifat compliance-based, yaitu berorientasi memenuhi indikator administrasi yang ditetapkan pemerintah pusat. Padahal, pendekatan pembangunan kesehatan modern mulai bergeser menuju performance-based governance, di mana keberhasilan pemerintah tidak lagi diukur dari kepatuhan terhadap regulasi semata, tetapi dari kemampuan menghasilkan nilai tambah (*public value*) bagi masyarakat.

Dalam perspektif teori Sabatier dan Mazmanian (1981), inovasi merupakan manifestasi dari kapasitas organisasi pelaksana dalam menyesuaikan implementasi kebijakan terhadap perubahan lingkungan sosial, ekonomi, dan politik. Regulasi nasional memang memberikan kerangka umum implementasi JKN, namun keberhasilan di tingkat daerah sangat ditentukan oleh kemampuan pemerintah daerah menerjemahkan kebijakan tersebut menjadi berbagai inovasi yang sesuai dengan karakteristik masyarakat lokal.

Sebagai contoh, pemerintah daerah dapat mengembangkan sistem early warning system berbasis kecerdasan buatan (artificial intelligence) yang mampu mengidentifikasi peserta dengan risiko menjadi nonaktif berdasarkan histori pembayaran iuran, kondisi sosial ekonomi, maupun perubahan data kependudukan. Sistem tersebut kemudian diintegrasikan dengan mekanisme WhatsApp Blast, chatbot, atau aplikasi pelayanan publik sehingga peserta memperoleh pengingat otomatis sebelum status kepesertaannya menjadi tidak aktif. Inovasi semacam ini jauh lebih efektif dibandingkan pendekatan administratif yang hanya melakukan reaktivasi setelah peserta kehilangan hak memperoleh pelayanan kesehatan.

Selain itu, pemerintah daerah dapat membangun dashboard implementasi JKN yang terintegrasi dengan BPJS Kesehatan, Dukcapil, Dinas Sosial, rumah sakit, dan puskesmas sehingga seluruh indikator implementasi dapat dipantau secara real-time. Melalui pendekatan tersebut, pengambilan keputusan tidak lagi bersifat reaktif, tetapi berubah menjadi predictive governance, yaitu kebijakan yang disusun berdasarkan prediksi risiko dan analisis data secara berkelanjutan.

Implementasi JKN Memasuki Fase Transformasi Tata Kelola

Apabila seluruh hasil instrumen dianalisis secara komprehensif, tampak bahwa implementasi JKN di Kota Banjarbaru memperlihatkan paradoks yang menarik. Di satu sisi, hampir seluruh indikator administratif menunjukkan kinerja yang baik. Cakupan kepesertaan telah melampaui target nasional, tingkat keaktifan peserta memenuhi persyaratan UHC Prioritas, pelayanan kesehatan berjalan sesuai

standar, pelaporan terlaksana secara berkala, serta koordinasi dengan BPJS Kesehatan berlangsung dengan baik.

Namun demikian, di balik capaian tersebut masih terdapat berbagai persoalan struktural yang apabila tidak segera diantisipasi berpotensi menghambat keberlanjutan implementasi JKN. Permasalahan tersebut meliputi meningkatnya tekanan fiskal daerah, belum optimalnya interoperabilitas data, belum adanya inovasi pelayanan, belum jelasnya pembiayaan terhadap pelayanan kesehatan tertentu yang tidak dijamin BPJS, serta belum optimalnya strategi mempertahankan keaktifan peserta mandiri.

Temuan ini menunjukkan bahwa keberhasilan implementasi JKN telah memasuki fase transformasi tata kelola. Pada fase ini, ukuran keberhasilan tidak lagi didasarkan pada jumlah peserta maupun besarnya anggaran kesehatan, tetapi pada kemampuan pemerintah membangun sistem kesehatan yang adaptif, efisien, resilien, dan berkelanjutan.

Pandangan tersebut sejalan dengan laporan Indonesia Health Accounts 2024 yang menekankan bahwa keberhasilan Universal Health Coverage harus didukung oleh pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan, efisiensi penggunaan sumber daya, penguatan pelayanan kesehatan primer, serta tata kelola berbasis data (WHO Indonesia, 2026). Dengan demikian, implementasi JKN harus dipahami sebagai bagian dari reformasi sistem kesehatan nasional, bukan sekadar program asuransi kesehatan.

Dalam teori implementasi kebijakan, hasil penelitian ini juga memperkuat argumentasi Sabatier dan Mazmanian bahwa keberhasilan implementasi sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor di luar regulasi formal. Regulasi nasional mengenai JKN relatif telah lengkap. Akan tetapi, keberhasilan implementasi tetap ditentukan oleh kapasitas kelembagaan daerah, kemampuan membangun koordinasi lintas sektor, kecukupan sumber daya, kualitas kepemimpinan, dukungan masyarakat, serta kemampuan organisasi melakukan inovasi secara berkelanjutan.

Dengan demikian, tantangan implementasi JKN pada dekade kedua pelaksanaannya tidak lagi bersifat normatif, melainkan lebih banyak berkaitan dengan governance transformation, yaitu transformasi tata kelola menuju sistem kesehatan yang berbasis bukti, berorientasi pada hasil, dan adaptif terhadap perubahan lingkungan strategis.

Implikasi Kebijakan

Berdasarkan hasil analisis, terdapat beberapa implikasi kebijakan yang perlu menjadi perhatian pemerintah pusat maupun pemerintah daerah.

1. indikator keberhasilan Universal Health Coverage perlu mengalami redefinisi. Selama ini, keberhasilan lebih banyak diukur berdasarkan persentase kepesertaan dan keaktifan peserta. Padahal, indikator tersebut belum mampu menggambarkan efektivitas perlindungan kesehatan masyarakat secara utuh. Oleh karena itu, pemerintah perlu mengembangkan indikator baru yang mencakup effective coverage, kualitas pelayanan, kesinambungan kepesertaan, perlindungan finansial, kepuasan peserta, dan efisiensi pembiayaan.

2. pemerintah pusat bersama BPJS Kesehatan perlu menyusun mekanisme pembiayaan yang lebih berkelanjutan bagi pemerintah daerah. Beban APBD yang terus meningkat untuk mempertahankan peserta PBI berpotensi mengurangi ruang fiskal daerah dalam membiayai program kesehatan lainnya. Oleh karena itu, diperlukan formula pembagian risiko (*risk sharing*) yang lebih proporsional antara pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan BPJS Kesehatan.
3. penguatan interoperabilitas data harus menjadi prioritas reformasi sistem kesehatan nasional. Integrasi data antara Dukcapil, BPJS Kesehatan, Dinas Sosial, SatuSehat, dan pemerintah daerah akan meningkatkan akurasi sasaran PBI, mempercepat proses validasi peserta, serta mendukung pengambilan keputusan berbasis bukti.
4. pemerintah daerah perlu mulai mengembangkan berbagai inovasi pelayanan kesehatan berbasis teknologi digital, termasuk sistem pengingat pembayaran iuran, dashboard implementasi JKN, analisis prediktif peserta nonaktif, serta pemanfaatan kecerdasan buatan dalam mendukung tata kelola program JKN.

D. PENUTUP

Kesimpulan

1. Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kota Banjarbaru menunjukkan capaian yang relatif baik pada berbagai aspek implementasi kebijakan. Cakupan kepesertaan sebesar 100,51% dengan tingkat keaktifan peserta mencapai 86,25% mengindikasikan bahwa pemerintah daerah telah berhasil memenuhi indikator Universal Health Coverage (UHC) Prioritas sebagaimana ditetapkan dalam kebijakan nasional. Selain itu, aspek pelayanan kesehatan, sistem rujukan, pengelolaan data, koordinasi lintas sektor, serta komitmen pemerintah daerah dalam mendukung penyelenggaraan JKN juga menunjukkan kondisi yang cukup baik.
2. penelitian ini memperlihatkan bahwa keberhasilan administratif belum sepenuhnya mencerminkan keberhasilan substantif. Tingginya cakupan kepesertaan tidak secara otomatis menjamin perlindungan kesehatan yang efektif apabila masih terdapat peserta yang tidak aktif, keterbatasan interoperabilitas data, belum optimalnya kualitas pelayanan pada beberapa indikator, serta meningkatnya tekanan pembiayaan pemerintah daerah untuk mempertahankan status UHC.
3. Analisis menggunakan kerangka implementasi kebijakan Sabatier dan Mazmanian menunjukkan bahwa tantangan implementasi JKN saat ini telah bergeser dari persoalan perluasan kepesertaan menuju penguatan tata kelola sistem kesehatan. Faktor-faktor seperti kapasitas kelembagaan, koordinasi lintas sektor, keberlanjutan pembiayaan, kualitas sistem informasi kesehatan, dan kemampuan organisasi dalam melakukan inovasi menjadi determinan utama keberhasilan implementasi kebijakan pada tahap maturitas program.
4. Dari perspektif Sustainable Health Financing, implementasi JKN di Kota Banjarbaru juga mencerminkan fenomena yang banyak terjadi pada negara

berkembang, yaitu meningkatnya kebutuhan pembiayaan kesehatan sebagai konsekuensi keberhasilan perluasan cakupan pelayanan. Oleh karena itu, keberlanjutan JKN tidak hanya memerlukan peningkatan alokasi anggaran, tetapi juga reformasi tata kelola pembiayaan, peningkatan efisiensi pelayanan kesehatan, penguatan pelayanan kesehatan primer, serta pemanfaatan data sebagai dasar pengambilan keputusan berbasis bukti (evidence-informed policymaking).

5. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa implementasi JKN di Kota Banjarbaru telah memasuki fase transformasi tata kelola. Keberhasilan pembangunan kesehatan pada masa mendatang tidak lagi diukur semata-mata dari tingginya angka kepesertaan, melainkan dari kemampuan sistem kesehatan memberikan perlindungan kesehatan yang berkelanjutan, adil, berkualitas, responsif, dan mampu beradaptasi terhadap dinamika sosial, ekonomi, serta kebutuhan masyarakat.

REKOMENDASI

Berdasarkan hasil analisis, beberapa rekomendasi strategis yang dapat dipertimbangkan adalah sebagai berikut.

1. **Penguatan Keberlanjutan Kepesertaan JKN**
Pemerintah daerah bersama BPJS Kesehatan perlu menggeser fokus implementasi dari peningkatan jumlah peserta menuju peningkatan keberlanjutan kepesertaan (participant retention). Upaya tersebut dapat dilakukan melalui sistem pengingat pembayaran iuran (*reminder system*), edukasi berkelanjutan kepada peserta mandiri, pemetaan kelompok berisiko nonaktif, serta penguatan kolaborasi dengan pemerintah desa dan kelurahan dalam melakukan pembaruan data kepesertaan.
2. **Penguatan Tata Kelola Pembiayaan Kesehatan**
Pemerintah pusat bersama BPJS Kesehatan perlu melakukan evaluasi terhadap skema pembiayaan JKN agar beban fiskal pemerintah daerah dalam mempertahankan status UHC tidak terus meningkat. Pengembangan mekanisme pembagian risiko (*risk sharing*), optimalisasi strategic purchasing, serta penyusunan regulasi yang lebih jelas mengenai pembiayaan pelayanan kesehatan di luar manfaat JKN perlu menjadi prioritas reformasi kebijakan.
3. **Transformasi Sistem Informasi Kesehatan**
Interoperabilitas data antara BPJS Kesehatan, Dukcapil, Dinas Sosial, pemerintah daerah, dan platform SatuSehat perlu terus diperkuat sehingga proses validasi kepesertaan, identifikasi peserta nonaktif, serta pemanfaatan data untuk perencanaan kesehatan dapat dilakukan secara lebih cepat, akurat, dan efisien.

4. **Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan**
Fasilitas pelayanan kesehatan perlu terus meningkatkan kualitas pelayanan melalui pengurangan waktu tunggu, penguatan sistem rujukan, peningkatan ketersediaan obat esensial, pengembangan pelayanan digital, serta peningkatan kompetensi sumber daya manusia kesehatan. Pendekatan person-centered care perlu terus diperkuat agar pelayanan kesehatan tidak hanya mudah diakses tetapi juga memberikan pengalaman pelayanan yang lebih baik bagi masyarakat.
5. **Penguatan Kolaborasi Lintas Sektor**
Forum koordinasi implementasi JKN sebaiknya tidak hanya dilaksanakan secara periodik, tetapi dikembangkan menjadi mekanisme kolaboratif yang berlangsung secara berkelanjutan. Pelibatan BPJS Kesehatan, Dinas Sosial, Dukcapil, Kepolisian, rumah sakit, puskesmas, dan pemangku kepentingan lainnya diperlukan untuk menyelesaikan berbagai persoalan implementasi yang bersifat lintas sektor.
6. **Pengembangan Inovasi Daerah**
Pemerintah daerah diharapkan mulai mengembangkan inovasi implementasi JKN berbasis transformasi digital, seperti dashboard monitoring kepesertaan, sistem peringatan dini peserta nonaktif (early warning system), analisis prediktif menggunakan kecerdasan buatan (artificial intelligence), serta integrasi layanan administrasi kesehatan dalam satu platform digital. Inovasi tersebut diharapkan mampu meningkatkan efektivitas implementasi sekaligus menjaga keberlanjutan Universal Health Coverage.

DAFTAR PUSTAKA

- Aisyah, D. N., Setiawan, A. H., Mayadewi, C. A., Lokopessy, A. F., Kozlakidis, Z., & Manikam, L. (2025). Understanding health information systems utilization across public health centers in Indonesia: Cross-sectional study. *JMIR Medical Informatics*, 13, e68613. <https://doi.org/10.2196/68613>
- Kutzin, J., Yip, W., & Cashin, C. (2017). Alternative financing strategies for universal health coverage. In *World Scientific handbook of global health economics and public policy* (Vol. 1, pp. 267–309). World Scientific.
- Mazmanian, D. A., & Sabatier, P. A. (1981). *Effective policy implementation*. Lexington Books.
- Melikoglu, M., & Arslan, B. (2026). Sustainable health financing in emerging economies: A forecasting model for policy, investment, and the circular bioeconomy in Türkiye. *Strategic Business Research*, 2(1), 100032. <https://doi.org/10.1016/j.sbr.2025.100032>
- Muhlis, A. N. A. (2022). Determinants of the National Health Insurance uptake in Indonesia. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 10(1), 111–121. <https://doi.org/10.20473/jaki.v10i1.2022.111-121>
- Presiden Republik Indonesia. (2018). *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan*. Sekretariat Negara Republik Indonesia.

- Presiden Republik Indonesia. (2022). Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2022 tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Sekretariat Negara Republik Indonesia.
- Sabatier, P. A., & Mazmanian, D. A. (1981). The implementation of public policy: A framework of analysis. In D. A. Mazmanian & P. A. Sabatier (Eds.), *Effective policy implementation* (pp. 3–35). Lexington Books.
- Situmorang, M. R. M., Aprileony, J., & Erinaldi, E. (2025). Implementasi kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan. *Jurnal Administrasi Pemerintahan Desa*, 7(1). <https://doi.org/10.47134/villages.v7i1.363>
- Susilo, D., Wulandari, L. P. L., Sukmayeti, E., Asante, A., Jan, S., Thabrany, H., Tangcharoensathien, V., Wiseman, V., & Liverani, M. (2025). Can Indonesia achieve universal health coverage? Organisational and financing challenges in implementing the national health insurance system. *SSM – Health Systems*, 5, 100138. <https://doi.org/10.1016/j.ssmhs.2025.100138>
- Wahyudi, A., Ridha, R., Rini, R. S., & Prabowo, A. (2026). Laporan evaluatif Jaminan Kesehatan Nasional di Kalimantan Selatan: Antara kepesertaan tinggi dan risiko keberlanjutan tahun 2025. *EZRA Science Bulletin*, 4(1), 103–116. <https://doi.org/10.58526/ezrasciencebulletin.v4i1.531>
- World Health Organization. (2023). Universal health coverage (UHC): Global monitoring report. WHO.
- World Health Organization Indonesia. (2026, February 12). Indonesia health accounts 2024: Strengthening evidence for sustainable health financing. WHO Indonesia.
- Widjaja, G., Wagiman, Yustanti, D. E., Sijabat, H. H., & Dhanudibroto, H. (2025). Evaluasi implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam meningkatkan akses layanan kesehatan masyarakat di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan*, 3(2), 177–188.